UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTE DE MEDECINE

N° 15

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

LÉSIONS DU TESTICULE

DANS L'ORCHI-ÉPIDIDYMITE TUBERCULEUSE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 17 Janvier 1923

PAR

Gaston ALBARET

Né le 30 mai 1897, à La Parade (Lozère).

DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse — ESTOR, professeur, *Président.* — JEANBRAU, professeur — ETIENNE, agrégé. — LAPEYRE, agrégé. — *Assesseurs*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
3, Rue Ferdinand-Fabre, 3

1923

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

LÉSIONS DU TESTICULE

DANS L'ORCHI-EPIDIDYMITE TUBERCULEUSE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41535710_0104

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N° 15

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

LÉSIONS DU TESTICULE

DANS L'ORCHI-ÉPIDIDYMITE TUBERCULEUSE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 17 Janvier 1923

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PAR

Gaston ALBARET

Né le 30 mai 1897, à La Parade (Lozère).

DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse — ESTOR, professeur, *Président.* — JEANBRAU, professeur. — ETIENNE, agrégé. — LAPEYRE, agrégé. — *Assesseurs*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
3, Rue Ferdinand-Fabre, 3

1923

PERSONNEL DE LA FACULTE

Professeurs

Anatomie	MM. GILIS.
Histologie	VIALLETON.
Physiologie	HEDON.
Chimie biologique et médicale	DERRIEN, *doyen*.
Physique médicale	PECH.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Anatomie pathologique	GRYNFELTT.
Microbiologie	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Pathologie médicale et clinique propédeutique	RIMBAUD.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Médecine légale et médecine sociale	N...
Clinique médicale	DUCAMP.
	VEDEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE, *assesseur*.
	ESTOR.
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	EUZIERE.
Clinique ophtalmologique	TRUC.
Clinique des maladies des enfants	LEENHARDT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MASSABUAU.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU.

Honorariat

Doyens honoraires: MM. VIALLETON et MAIRET.
Professeurs honoraires: MM. E. BERTIN-SANS, RODET, BAUMEL, TEDENAT, MAIRET.
Secrétaires honoraires: MM. GOT et IZARD

Chargés de Cours complémentaires

Anatomie	MM. DELMAS (J.).
Clinique propépeudique de chirurgie	RICHE.
Clinique des maladies des vieillards	N...
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	MARGAROT.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN.
Pathologie chirurgicale	ETIENNE.
Accouchements	DELMAS (P.).
Pharmacologie	GALAVIELLE.
Matière médicale	CABANNES.
Médecine légale et médecine sociale	GAUSSEL.
Stomatologie	Dr WATON.
Histologie	Dr GRANEL (F.).

Agrégés en exercice

Médecine	MM. GAUSSEL. MARGAROT.	Chimie	MM. N...
Anatomie	DELMAS (J.).	Accouchements	DELMAS (P.).
Chirurgie	RICHE. ETIENNE. LAPEYRE	Histoire natur.	CABANNES. GALAVIELLE.
		Physique	N...

Examinateurs de la thèse:

MM. ESTOR, professeur, *président*.
JEANBRAU, professeur.
MM. ETIENNE, agrégé.
LAPEYRE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE BENJAMIN

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A MA TANTE MADAME ALBARET

A MADEMOISELLE MARTHE LAPEYRE
MA FIANCÉE

A MES SŒURS

A TOUS LES MIENS

G. ALBARET.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ESTOR

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR .

M. le professeur Estor a bien voulu nous faire le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Nous sommes heureux de lui témoigner ici toute notre reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LAPEYRE

M. le professeur Lapeyre nous a inspiré le sujet de notre thèse. Durant notre séjour à la Faculté, il a été pour nous un guide sûr et dévoué. C'est avec une grande joie que nous rendons ici un hommage reconnaissant à son savoir. La simplicité et l'amabilité avec laquelle il nous a toujours reçu nous l'ont rendu cher. Qu'il reçoive encore nos remerciements.

A MON JURY DE THÈSE

A MES MAITRES
DE L'ÉCOLE DE CLERMONT-FERRAND

G. ALBARET.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

LÉSIONS DU TESTICULE

DANS L'ORCHI-ÉPIDIDYMITE TUBERCULEUSE

INTRODUCTION

Dans sa forme habituelle, chez l'adulte, la tuberculose du testicule est essentiellement une épididymite. C'est, en effet, au niveau de l'épididyme qu'il faut rechercher les premières manifestations de l'infection tuberculeuse; c'est là qu'apparaissent les premiers nodules bacillaires, c'est à ce niveau que se forment les abcès qui s'ouvriront plus tard à la face postérieure du scrotum.

Le testicule, lui, paraît peu réagir à l'infection tuberculeuse. Et, de fait, à l'examen des pièces de castration, s'il paraît assez rarement indemne, ses lésions sont souvent légères et en tous cas incomparablement moins importantes que celles de l'épididyme.

Dans une observation, que nous devons à l'obligeance de M. le professeur agrégé Lapeyre, le testicule était le siège de lésions considérables. Le parenchyme glandulaire avait subi la fonte caséeuse et l'organe n'était plus représenté que par une poche volumineuse, pleine de pus, aux

parois irrégulières et dont la configuration rappelait celle de certaines pyonéphroses.

Sur le conseil de M. le professeur Lapeyre, nous avons pensé faire de ce cas le sujet de notre thèse inaugurale. Nous avons recherché, dans la littérature médicale, les observations analogues; nous n'avons guère trouvé qu'un cas de Paul Delbet qui puisse être rapproché du nôtre. Et encore faut-il noter que, dans cette observation, le bacille de Koch n'était pas seul en cause dans la formation du volumineux abcès qui distendait le testicule; il y avait association microbienne avec le staphylocoque. Par contre, nombreux sont les cas où l'on note des lésions plus ou moins avancées du testicule (Duplay, Terrillon, Delbet, Frigaux, etc.).

Nous appuyant sur ces données, nous allons essayer de montrer la fréquence des lésions du testicule dans l'orchiépididymite bacillaire. En tête de notre travail, nous rapporterons d'abord l'observation remarquable qui nous a été confiée par M. le professeur Lapeyre.

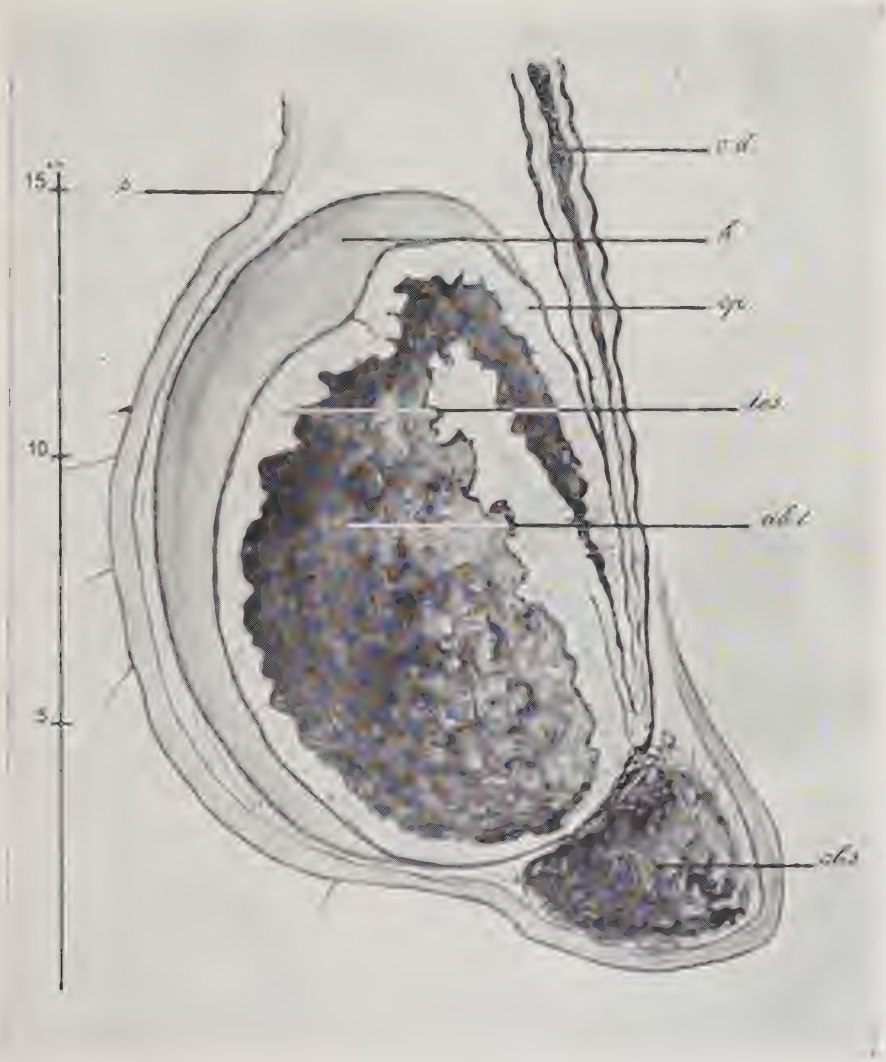
Dans un premier chapitre, nous nous efforcerons de mettre en lumière la fréquence de l'infection bacillaire du testicule et nous étudierons ses diverses modalités selon l'âge du malade et de la maladie.

Un second chapitre sera consacré à l'étude des lésions anatomiques créées par l'infection tuberculeuse au niveau du testicule et à la description de leurs différentes formes.

Nous tâcherons, dans un troisième chapitre, de bien mettre en vue les manifestations cliniques de ce processus morbide.

Les difficultés du diagnostic feront l'objet d'un autre chapitre.

Enfin, nous terminerons par quelques considérations sur le traitement.



Coupe schématique de la bourse droite

c. d. = Canal déférent ; *h.* = hydrocèle ; *ép.* = épididyme ; *tes.* = testicule
ab. t. = abcès testiculaire ; *ab. s.* = abcès scrotal ; *s.* = scrotum.

OBSERVATION

(Due à l'obligence de M. le professeur-agrégé Lapeyre)

Tuberculose du testicule. — Volumineux abcès froid testiculaire ayant fusé dans le scrotum. — Castration. — Résection subtotale du déférent. — Guérison.

Le 26 juin 1922, entre dans le service de chirurgie générale, salle Bouisson (service de M. le professeur Tédenat, professeur agrégé Lapeyre suppléant), le nommé F. M..., âgé de 37 ans, cultivateur. Il vient pour une tuméfaction des bourses. Le début de la maladie remonterait à trois ans environ et se serait manifesté par de la douleur dans la région inguinale droite, le long du trajet du cordon spermatique. Le malade, d'abord peu gêné dans l'accomplissement de ses travaux journaliers, n'a pas prêté attention à cette manifestation douloureuse peu accusée. Mais, trois jours après, il voit apparaître un gonflement de la bourse droite. A ce moment, la gêne est telle qu'il se voit obligé de garder le repos au lit. Au bout de dix-neuf jours, bien que le gonflement n'ait pas diminué le volume de ses bourses, il se remet au travail et, durant trois années, il n'accuse qu'une augmentation progressive de la tuméfaction scrotale. Sans poussées.

Il y a dix-sept jours, soit au début du mois de juin 1922, alors que jusqu'à ce moment la tumeur était régulière, le malade se met à souffrir et voit apparaître une nouvelle bosselure, à la partie inférieure et interne de la volumineuse tumeur qui s'était développée progressivement dans

la bourse droite. Peu à peu, cette tuméfaction augmente de volume et se développe vers la bourse gauche, qu'elle refoule.

A l'inspection, la bourse droite est distendue par une tumeur du volume des deux poings, de forme ovoïde, présentant à sa partie inféro-interne une saillie de la grosseur d'un œuf de poule. A son pôle supérieur, la tumeur se continue avec le cordon spermatique légèrement augmenté de volume, le canal déférent est gros, moniliforme. Le scrotum est le siège d'une circulation collatérale surtout accusée à droite. Trace de cicatrice sur la bourse gauche.

A la palpation, tumeur irrégulière, de consistance inégale, fluctuante dans son ensemble, mais présentant des points nettement épaissis. L'épreuve de la translucidité est positive dans certaines zones, négative dans d'autres. En bas et en arrière, on perçoit une masse dure, à travers un épanchement liquide facilement dépressible. La palpation de la partie inférieure de cette tumeur est légèrement douloureuse.

Rien à la prostate ni aux vésicules séminales. Rien à noter aux divers appareils. Etat général satisfaisant. L'étude des antécédents personnels nous apprend qu'à l'âge de 13 ans le malade a eu un vomissement de sang rouge (?). D'autre part, il a subi, il y a douze ans, une intervention sur le testicule gauche (peut-être épididymectomie). La cicatrice est visible sur la bourse. Pas d'antécédents génitaux.

Rien dans les antécédents héréditaires.

Pour plus de sécurité, on fait pratiquer une réaction de Wassermann et de Hecht-Bauer; elles sont toutes deux négatives. En revanche, la *réaction de Besredka est positive fort.* Le diagnostic était donc en faveur d'une lésion

bacillaire atteignant l'épididyme, avec formation d'un abcès probable vers la partie inférieure de la tuméfaction scrotale.

Intervention le 5 juillet 1922 sous anesthésie à l'éther goutte à goutte. Incision le long du trajet inguinal. Découverte du cordon au niveau de l'orifice inguinal externe. Enucléation de la tumeur scrotale. Ce temps est difficile, car des adhérences retiennent la tumeur distendue aux tuniques scrotales. Au cours des manœuvres de dégagement, une poche de pus se rompt assez brutalement et laisse écouler son contenu séro-grumeleux. Cette collection paraît d'ailleurs être assez superficielle et située dans la gaîne celluleuse. Son évacuation permet l'énucléation complète de la tumeur, que l'on ponctionne. Le trocart laisse s'écouler du pus grumeleux, mais lorsqu'on le retire on voit apparaître du liquide séro-citrin d'hydrocèle. On ne pousse pas plus loin l'exploration de la tumeur, dont la suppression s'impose. La castration est donc décidée et effectuée.

On ouvre le canal inguinal par incision de l'aponévrose du grand oblique. L'épigastrique est liée au point où elle croise le cordon sur la paroi postérieure du canal, afin de permettre la découverte du déférent jusqu'au niveau de la paroi postérieure de la vessie. Le péritoine est alors décollé et on attire peu à peu le canal déférent, de manière à le lier contre la paroi vésicale. La tranche de section est touchée au thermocautère. Ligature séparée des paquets veineux du cordon,(antérieur et postérieur. Fermeture des incisions. Drainage.

Suites opératoires bonnes. Suppuration pendant une vingtaine de jours, puis cicatrisation. Le malade sort en bon état le 20 août 1922.

Examen des pièces. — Le testicule est très volumineux,

un peu moins que les deux poings. La masse qu'il représente est irrégulière, bosselée, fluctuante dans son ensemble, mais avec des points nettement épaissis. Il est impossible, à un simple examen, de distinguer le conduit épididymaire. Il est nécessaire de pratiquer une dissection. En suivant le déférent depuis son point de section, on constate, tout d'abord, que depuis cette extrémité vésiculaire jusqu'au point où il se perd dans la masse testiculaire, il est fortement augmenté de volume (trois fois environ son volume normal), et que, de plus, il est irrégulier, moniliforme. En le séparant des tissus qui l'environnent au pôle inférieur du testicule, on le voit devenir extrêmement petit, pelotonné, et ce n'est qu'avec un fin mandrin que l'on arrive à cathétériser le canal après son ouverture.

Au pôle supérieur du testicule, la tête épididymaire est occupée par un gros abcès qui communique avec les foyers intra-testiculaires. Le globus major est d'ailleurs peu distinct, perdu qu'il est dans une gangue de tissus inflammatoires.

Au pôle inférieur, un abcès a crevé l'albuginé, fusant dans les enveloppes testiculaires. C'est lui qui refoulait la cloison et constituait cette bosselure inférieure constatée cliniquement.

A la coupe, le testicule est rempli de pus. La section rappelle celle d'une pyonéphrose avec sa poche cloisonnée incomplètement par les vestiges des colonnes de Bertin, constituant ainsi une série de loges largement communicantes (véritable pyo-testicule).

L'examen histologique de la paroi de la poche en démontre la nature tuberculeuse. Dans les couches externes de cette paroi, on rencontre encore par places des tubes séminifères déformés et dissociés par une abondante prolifération du tissu conjonctif. Les vaisseaux sont conges-

tionnés et atteints d'endopérivascularite. On note, çà et là, au milieu d'une réaction inflammatoire assez intense, quelques cellules géantes. Dans sa partie interne, cette paroi est en voie de désagrégation complète. On rencontre de nombreux nodules inflammatoires centrés par une cellule géante dans les couches les plus externes de cette zone; mais, au fur et à mesure qu'on se rapproche des parties en rapport avec la lumière de la poche, on voit toute organisation disparaître et la paroi se transformer en un magma caséeux.

FREQUENCE DES LESIONS DU TESTICULE DANS L'ORCHI-EPIDIDYMITE BACILLAIRE

Il est généralement admis que l'appareil testiculo-épididymaire atteint de tuberculose présente des altérations qui ont pour siège initial et prédominant l'épididyme; le testicule ne réagit que secondairement et après un temps plus ou moins long. « Il est absolument exceptionnel, dit Reclus, de voir le testicule pris en dehors de l'épididyme. » Mais la lésion du testicule est-elle fréquente, quand se produit-elle? Telle est la question qui nous occupera ici, question à laquelle nous voudrions nous efforcer d'apporter les quelques renseignements qu'ont pu nous donner nos recherches.

La tuberculose génitale de l'homme ayant des localisations variables avec l'âge du sujet, nous l'étudierons séparément chez l'enfant, chez l'adulte et le vieillard.

Chez l'enfant, ainsi que le disent Hutinel et Deschamps, au point de vue pathologique, épididyme et testicule semblent à peu près indépendants l'un de l'autre, et il n'est pas rare de voir l'infection bacillaire les atteindre séparément.

Souvent le testicule est lésé profondément, sans que l'épididyme soit touché; de même on peut trouver des noyaux caséeux dans l'épididyme, le testicule étant absolument sain; mais, si l'on cherche à établir la fréquence des lésions, on arrive à cette conclusion que le testicule est plus souvent touché que l'épididyme.

Mais c'est chez l'adulte que la tuberculose de l'appareil génital atteint son maximum de fréquence. Des diverses statistiques faites, il résulte, en effet, que cette maladie évolue, le plus souvent, de 20 à 50 ans, la majorité des cas se trouvant chez des sujets de 25 à 35 ans. Les vieillards sont plus rarement atteints; chez eux, d'ailleurs, les lésions évoluent comme chez l'adulte; nous croyons donc pouvoir étudier, en un même paragraphe, la fréquence de la tuberculose testiculaire à ces deux âges de la vie.

Il existe à ce sujet deux opinions bien tranchées. Certains soutiennent, et c'est là la théorie allemande, que les lésions tuberculeuses du testicule apparaissent en même temps que celles de l'épididyme. D'autres pensent, au contraire, que ce n'est que secondairement que le testicule subit une atteinte plus ou moins profonde, et c'est là la théorie généralement admise en France.

Les observations que nous avons rencontrées dans la littérature signalent presque toutes, à l'examen des pièces de castration, une atteinte plus ou moins intense du testicule. Peut-être faut-il en rechercher la cause dans la marche insidieuse de l'affection, qui n'éveille l'attention du malade qu'après une évolution assez longue.

D'autre part, les lésions du testicule frappé de tuberculose étant à leur début discrètes et profondément situées, le plus souvent voilées par une lame d'hydrocèle, sont, par là-même, assez difficilement appréciables en clinique, et dans bien des cas elles peuvent échapper aux investigations d'observateurs expérimentés, si bien que Reclus pense que, dans les trois quarts des cas, testicule et épididyme seraient atteints simultanément. Nous avons cru devoir attirer l'attention sur ces faits qui semblent, en effet, montrer que, dans les affections bacillaires de l'appareil séminal, le testicule est plus souvent lésé qu'on ne

le croit généralement, ce qui, pensons-nous, doit avoir une importance capitale dans les indications thérapeutiques.

Lorsque la lésion bacillaire a son siège initial dans l'épididyme, elle n'y reste généralement pas cantonnée, elle gagne plus ou moins rapidement le testicule. Il serait intéressant de savoir au bout de combien de temps se fait là contagion. Les statistique sont, ici, malaisées à établir ; les malades, en effet, ont rarement une notion exacte du début réel de la maladie. Parmi les recherches faites à ce sujet, les chiffres de Bruns, se rapportant à 111 cas, suivis parfois durant une période de trente-quatre ans, ont attiré notre attention ; nous croyons devoir les citer ici :

Le testicule est pris deux mois après l'épididyme dans 18 p. 100 des cas.

Trois mois après dans 24 p. 100 des cas.

Quatre mois après dans 40 p. 100 des cas.

Enfin, plus tard, on trouve le testicule envahi dans 60 p. 100 des cas.

Dans deux observations, dues à l'obligeance de M. le professeur Tédenat, observations que nous résumerons à la fin de ce travail, le testicule était toujours nettement pris. Le début de la maladie remontait à six semaines dans un cas, à deux mois dans l'autre.

L'atteinte du testicule se fait donc dans un laps de temps assez court, et elle doit exister fréquemment chez les malades qui viennent au médecin, car il s'agit d'une affection presque toujours chronique qui peut passer inaperçue durant de longs mois.

Les lésions tuberculeuses du testicule

Les lésions provoquées par la colonisation du bacille de Koch, dans le parenchyme testiculaire, ne sont pas toujours identiques à elles-même; aussi, faut-il décrire plusieurs formes de la tuberculose du testicule. L'âge des sujets est un facteur important. Aussi, après avoir brièvement décrit les lésions du testicule tuberculeux chez l'enfant, la forme ulcéro-caséeuse étant la plus communément rencontrée chez l'adulte et celle à laquelle appartient l'observation qui fait le sujet de notre travail, nous la décrirons en premier lieu et nous dirons, à propos de son évolution, quelques mots du fongus tuberculeux du testicule. Puis, pour être complets, nous verrons, dans une brève étude, ce que sont les formes aiguës, les formes massives et hyperplasiques. Nous terminerons enfin ce chapitre par quelques mots sur la tuberculose inflammatoire du testicule, décrite par Poncet et Leriche.

Chez l'enfant, les cas où l'épididyme est seul atteint sont en somme assez rares. La lésion a son siège habituel sur la glande séminale elle-même. Elle présente des caractères variables suivant son ancienneté

Parfois on constate, à la coupe, des granulations grises ou jaunes de la grosseur d'une tête d'épingle ou d'un grain de sable, disséminées dans le parenchyme. Dans d'autres cas, on trouve un ou deux noyaux caséeux occupant la plus grande partie de l'organe et entourés de tissu dense, fibreux. La prolifération fibreuse est parfois si intense que les noyaux caséeux sont extrêmement réduits, la glande prenant alors un aspect sarcomateux. D'autres fois, au cours de cette transformation, la glande a disparu en totalité ou en partie. Du testicule il ne reste rien qu'un

noyaux fibreux qui, se rétractant peu à peu, comme un tissu de cicatrice, finit, ou peu s'en faut, par disparaître complètement. C'est là la forme atrophique.

Les lésions débutent généralement le long des vaisseaux dans le tissu intersticiel ou dans les enveloppes de la glande. Il y a généralement vaginalité séreuse.

Cette tuberculose peut, comme celle de l'adulte, s'abcéder et aboutir à la fistulisation, donnant rarement des fongus superficiels; elle évolue le plus souvent sous la forme fibreuse vers la guérison.

La *tuberculose orchi-épididymaire de l'adulte*, à laquelle appartient le cas cité dans notre observation, sera étudiée, ici, plus en détail que celle de l'enfant. Nous l'envisagerons successivement au point de vue macroscopique et microscopique.

Macroscopiquement, la tuberculose du testicule se manifeste par une augmentation de volume de la glande, sa consistance n'est plus uniforme, on y trouve des points résistants, de coloration jaunâtre, faisant des saillies irrégulières. Mais cet aspect caractéristique n'existe que lorsque les lésions profondes sont très accentuées. Au début de la maladie, l'aspect extérieur n'a pas changé et il faut faire des coupes nombreuses dans l'épaisseur de la glande pour déceler des granulations tuberculeuses, tandis que, dans les cas avancés, les masses caséeuses dures ou ramollies qui occupent la place des tubes séminifères seront facilement reconnues.

Enfin, quand les lésions sont plus avancées, on constate des abcès caséeux et des cavernes purulentes, enkystés dans le parenchyme glandulaire ou communiquant à l'extérieur par des fistules.

Les lésions de la glande s'accompagnent généralement d'une réaction assez intense du tissu fibreux, tissu dont

l'épaississement peut devenir une cause d'erreur pendant les explorations cliniques.

La vaginale est fréquemment atteinte par le processus morbide; aussi, n'est-il pas rare de trouver une hydrocèle séro-fibrineuse ou même purulente, ainsi que le signale M le profesesur Jeanbrau dans une de ses observations. D'autres fois, elle est épaissie, très vascularisée, et l'on voit des adhérences fibreuses réunissant les deux feuillets; on a même signalé dans quelques cas la présence de granulations tuberculeuses.

Les différentes couches du scrotum sont épaissies, lardacées, souvent adhérentes à la glande ou à l'épididyme et présentant fréquemment des ulcérations violacées, à bords décollés, qui sont l'orifice d'un trajet borgne aboutissant soit au testicule, soit à l'épididyme.

Parfois, ce processus ulcératif détruit les enveloppes scrotales sur une étendue assez considérable, permettant ainsi au testicule de faire hernie à l'extérieur, où il se présentera sous la forme d'une masse sanieuse, bourgeonnante, constituant ainsi le fongus tuberculeux du testicule.

Nous savons déjà que l'épididyme présente toujours des lésions de caséification à un stade plus ou moins avancé; nous n'y insisterons donc pas.

Le canal déférent est presque toujours altéré sur une certaine étendue, à son extrémité épididymaire; ses parois sont indurées et épaissies, de coloration jaunâtre; elles sont irrégulières, prenant un aspect moniliforme. Des lésions identiques se trouvent fréquemment à son extrémité vésiculaire.

Les vésicules séminales sont le plus souvent augmentées de volume, bosselées; elles semblent, selon l'expression de quelque auteurs, injectées de suif. La prostate est elle-même tuméfiée et bosselée. Les lésions de ces trois

organes viennent très souvent confirmer un diagnostic hésitant.

Au point de vue histologique, nous trouverons dans le testicule tuberculeux les lésions habituelles par lesquelles le bacille de Koch manifeste son activité lorsqu'il atteint un organe. La lésion élémentaire est ici encore un ensemble de follicules formant la granulation grise; celle-ci se trouve dans le parenchyme de la glande, au voisinage ou sur le trajet d'un tube séminifère, dont elle semble alors ne constituer qu'un renflement. Le centre est formé par une substance de dégénérescence légèrement opaque, granuleuse. Sur les limites de la granulation, on trouve un amas de cellules épithélioïdes; la périphérie est constituée par des éléments embryonnaires très petits. Parfois, dans cette zone périphérique, les éléments cellulaires présentent un type embryonnaire moins net, prenant un aspect fusiforme aboutissant à la formation de véritables fibres conjonctives, créant ainsi ce que l'on a nommé la granulation fibreuse.

La recherche des bacilles de Koch est toujours positive. Quelle va être l'évolution de ces granulations?

Leur centre subit une caséification progressive; elles s'unissent par leur périphérie aux granulations voisines, formant ainsi des nodules caséeux qui vont envahir le parenchyme de la glande. Mais il est à remarquer que dans le testicule cette transformation est lente. Il n'en est plus de même au niveau du corps d'Highmore, où les lésions semblent avoir leur siège initial et leur maximum d'intensité. Ici, comme dans l'épididyme, le processus tuberculeux aboutit plus rapidement à la caséification et au ramollissement. Quoi qu'il en soit, la tuberculose testiculaire doit être considérée, en général, comme une lésion à marche lente.

Telle est, au point de vue anatomo-pathologique, la forme banale, classique de la tuberculose du testicule. Le cas rapporté dans notre observation s'y rattache, et il montre bien le stade ultime de son évolution. Cependant, ici ce n'est pas, comme dans la forme banale, l'épididyme qui fait la masse principale de la tumeur. Il est même impossible, à un simple examen, de distinguer le conduit épididymaire dont la queue n'a pas subi d'hypertrophie notable. La tête, par contre, est occupée par un gros abcès qui communique avec le foyer intra-testiculaire. Il y a là une collection purulente abondante, ayant remplacé tout le tissu du testicule, qui n'est plus représenté que par une vaste poche fibreuse aux parois irrégulières, s'ouvrant à son pôle inférieur dans les enveloppes scrotales, où le pus tuberculeux forme, en s'accumulant, une deuxième tumeur.

Le canal déférent lui-même était triplé de volume et bourré de caséum.

En somme ce cas est caractérisé par la distension énorme, par le pus tuberculeux du testicule, de l'épididyme et du canal déférent. Mais ici aucune lésion extérieure: pas d'ulcérations, pas de fistules, les enveloppes scrotales sont saines; tout au plus, y relève-t-on les traces d'une circulation collatérale assez marqués, d'ailleurs bien mise en lumière par la distension.

Mais le testicule ne réagit pas toujours de la même manière à l'infection tuberculeuse, et il est des lésions anatomo-pathologiques, plus rares certes, qu'il faut également étudier.

Voyons d'abord la *forme aiguë*. Dans la tuberculose galopante du testicule, décrite par Duplay, l'organe est presque toujours beaucoup augmenté de volume. On trouve ici toutes les lésions de l'orchite aiguë. Les agents n'en sont plus des microbes ordinaires, mais un orga-

nisme spécifique : le bacille de Koch. Les lésions constituent une altération diffuse. Le tissu intersticiel, infiltré par une quantité énorme d'éléments embryonnaires, se trouve ainsi considérablement augmenté de volume. Les cellules géantes sont nombreuses. De plus, tous ces éléments subissent rapidement la fonte caséeuse. Des abcès, rapidement formés, créeront bientôt des fistules, en nombre variable, qui s'ouvriront, au point d'élection, sur la face postérieure et à la partie inférieure du scrotum.

Il est des cas où les lésions du testicule tuberculeux sont encore plus intenses. Les nodules bacillaires, étant alors très abondants et très rapprochés les uns des autres, se fusionnent facilement, transformant le parenchyme glandulaire en un seul bloc caséeux, créant ainsi la *forme massive*.

D'autres fois, au contraire, la présence du bacille de Koch produira une réaction intense du tissu conjonctif. Les tubercules resteront isolés, engaînés par des zones fibreuses épaissies, la glande semblera réellement atteinte par une tumeur maligne et l'on qualifiera d'*hyperplasique* cette tuberculose testiculaire.

La *tuberculose inflammatoire* présente, avec toutes les formes précédentes, une différence essentielle. Ici, en effet, ce n'est plus un micro-organisme spécifique qui agit localement sur le testicule pour y créer des lésions ; ce sont les toxines tuberculeuses, qui, apportées par le courant sanguin, vont mettre à mal la glande séminale. Nous ne rencontrerons aucune des lésions caractéristiques du bacille de Koch. Il s'agit, en effet, d'un tuberculeux chez lequel une imprégnation bacillaire, atteignant le testicule à distance, y crée des altérations banales, frappant à la fois les cellules épithéliales et le tissu conjonctif et aboutissant généralement à une atrophie scléreuse de l'organe.

Signes cliniques de l'infection tuberculeuse du testicule

L'infection tuberculeuse du testicule n'a pas, au début, une individualité clinique propre et décrire ses symptômes revient à esquisser le tableau de l'orchiépididymite tuberculeuse banale. Nous le ferons très rapidement, car à cette période la lésion épididymaire prime toutes les autres, mais au fur et à mesure que la lésion testiculaire progresse, son existence s'affirme en clinique par des signes suffisamment nets, quoique variant avec les diverses formes d'orchite tuberculeuse, pour que nous en donnions ici les caractères essentiels.

L'orchiépididymite bacillaire frappe, en général, des sujets en pleine activité sexuelle, âgés de 20 à 50 ans; rare chez le vieillard, elle est assez fréquente chez l'enfant avant la puberté. Mais ses manifestations cliniques sont, pensons-nous, assez analogues aux différents âges de la vie pour qu'on puisse les décrire en un même paragraphe, en ayant soin toutefois de faire ressortir, le cas échéant, les différences qui les séparent.

Dans sa forme commune, *forme chronique et subaiguë*, la tuberculose s'installe insidieusement dans la glande séminale. Le malade n'éprouve que peu ou pas de douleur, une simple sensation de gêne et de pesanteur au niveau des bourses en sont les premiers symptômes. Parfois, des poussées fluxionnaires viennent, à intervalles variables, rendre plus sensible cette affection, mais elles sont généralement vite calmées par le repos. La douleur, lorsqu'elle existe, siège au niveau du testicule, s'irradiant dans les aines, le long du cordon, parfois même jusque dans les

lombes. L'état général des sujets atteints reste souvent bon jusqu'à une période avancée de la maladie. Cependant, il n'est pas rare de rencontrer chez eux des antécédents héréditaires chargés et certains signes de ce que l'on nommait autrefois le tempérament scrofuleux.

Les signes physiques sont variables avec la date d'évolution de la maladie. Au début, il ne sera pas rare de voir un scrotum en apparence normal, et ce n'est qu'au palper que l'on sentira l'épididyme augmenté de volume, irrégulier, présentant une ou plusieurs nodosités siégeant le plus souvent du côté de la queue.

Le testicule est-il lésé à ce stade? Les pièces opératoires montrent généralement des lésions discrètes. Peut-on les soupçonner cliniquement? Nous ne le croyons pas. A l'examen, le testicule, parfaitement mobile, n'est pas augmenté de volume. Souvent une mince lame d'hydrocèle viendra masquer le testicule et en empêcher l'exploration. Par contre, assez rarement on verra se créer des adhérences entre les deux feuillets de la vaginale.

Il semble donc qu'à ce stade l'examen clinique soit impuissant à préciser l'atteinte ou l'intégrité du testicule. Souvent même, au cours de l'opération, après ouverture de la vaginale, l'aspect de la glande paraîtra normal et il sera nécessaire de pratiquer l'orchidotomie exploratrice, préconisée par Delbet, pour déceler les premières granulations tuberculeuses situées profondément dans le parenchyme glandulaire.

Mais plus tard les lésions tuberculeuses du testicule vont, en évoluant, devenir plus manifestes. Elles seront certes toujours en retard sur l'évolution des lésions épididymaires. C'est lorsque les tubercules de l'épididyme seront en pleine fonte purulente qu'on pourra sentir, en palpant soigneusement la glande, des points de résistance

dans son parenchyme, de petites indurations correspondant à des tubercules crus. Les tubercules intra-testiculaires subiront, eux aussi, la transformation caséeuse. L'examen peut révéler de véritables foyers de fluctuation correspondant à des abcès intra-testiculaires, mais il y aura déjà, depuis longtemps, fistulisation des abcès épididymaires. C'est l'évolution habituelle, mais on pourra voir, par exception, dans cette forme chronique, les lésions testiculaires et épididymaires évoluer parallèlement.

Dans sa *forme aiguë,* l'orchite tuberculeuse se distingue par sa soudaineté; la douleur est vive et s'installe rapidement. La moindre pression, le simple contact des vêtements l'exaltent au point de rendre la marche impossible. Les bourses sont le siège d'une tuméfaction généralement assez intense. Le testicule semble, ici, plus nettement augmenté de volume. La réaction de la vaginale est souvent plus marquée et l'hydrocèle plus abondante que dans la forme chronique. Les lésions ont une évolution rapide, souvent interrompue par des périodes d'accalmie, mais aboutissant progressivement et dans un temps assez court à la fistulisation. Les fistules siègent encore à la face postérieure et à la partie inférieure du scrotum.

Dans cette forme aiguë, la réaction du testicule à l'infection tuberculeuse est très nette. Les observations de Duplay, celles nombreuses rapportées dans la thèse de Javelly montrent, presque toujours, une augmentation de volume considérable du testicule, à côté des lésions classiques de l'épididyme. Dans un cas même, celui de Terrillon, le testicule seul était atteint.

Ce fait de la fréquence des lésions du testicule dans l'orchiépididymite aiguë de l'adulte nous paraît intéressant à rapprocher de celui de la prédominance des formes aiguës chez l'enfant, où l'affection est surtout une orchite,

et semble nous autoriser à dire: A forme aiguë, lésions testiculaires précoces.

Si, dans les formes que nous venons de décrire, il est souvent difficile de se rendre compte de l'existence des lésions testiculaires, il est des formes, par contre, où l'atteinte du testicule saute aux yeux.

Dans la *tuberculose hyperplasique,* la réaction conjonctive est si intense que le testicule et l'épididyme sont transformés en une masse dure, irrégulière, bosselée et assez volumineuse. Il est souvent impossible de retrouver les traces de l'épididyme perdu dans une gangue fibreuse, si bien que la tumeur semble, ici, prédominante sur le testicule; son aspect est celui des tumeurs malignes de cet organe, avec lesquelles elle est d'ailleurs souvent confondue, d'où le nom de *forme pseudo-néoplasique,* sous lequel on la désigne souvent.

Dans sa *forme inflammatoire,* la tuberculose du testicule se traduit par un gonflement douloureux de la glande, s'accompagnant de vaginalite. C'est une fluxion testiculaire. Ces phénomènes sont généralement de courte durée, mais réapparaissent par poussées successives, à plusieurs mois d'intervalle, et il n'est pas rare de voir un noyau induré de la queue de l'épididyme leur succéder ou plus souvent une atrophie scléreuse, progressive du testicule.

Dans le cas que nous rapportons, la lésion du testicule était manifeste et avait donné lieu à un tableau symptomatique assez particulier pour que nous y insistions à nouveau.

L'affection débute, chez un homme de 37 ans, par des douleurs vives et du gonflement de la bourse droite. Le malade est contraint de garder le lit dix-neuf jours, tant la gêne est considérable. C'est là le début de l'orchite tuberculeuse de Duplay. Puis les phénomènes douloureux

se calment, le malade reprend son travail. Et nous n'assistons pas à la fonte caséeuse, à la fistulisation assez rapide des nodules tuberculeux, comme c'est la règle dans l'orchite de Duplay, mais nous voyons, au contraire, le processus tuberculeux se poursuivre lentement pendant trois ans et aboutir à la distension du testicule par un volumineux abcès froid. A l'examen, la lésion testiculaire est évidente. La bourse droite est occupée par une tumeur volumineuse, fluctuante en certains points, solide en d'autres, translucide sur certaines zones, opaque ailleurs, légèrement douloureuse. L'épididyme n'est pas isolable, mais on reconnaît, au pôle supérieur de la masse, le canal déférent augmenté de volume, moniliforme. La prostate et les vésicules paraissent saines. Les enveloppes scrotales, fortement distendues, ne sont nulle part lésées; il n'y a pas de traces d'ulcérations.

En somme, début aigu, puis évolution chronique pendant trois ans, aboutissant à la formation d'une masse du volume des deux poings, ayant tous les caractères d'une tumeur mi-solide, mi-liquide du testicule. Tels sont les signes fonctionnels et physiques de cette bacillose testiculaire. Nous sommes bien loin du tableau classique de l'orchiépididymite tuberculeuse.

DIAGNOSTIC

La symptomatologie de la tuberculose orchiépididymaire se résume en un tableau clinique généralement assez précis pour permettre un diagnostic facile. Mais il est pourtant des cas qui présentent de réelles difficultés. Nous essaierons, dans ce chapitre, de bien mettre en vue les éléments essentiels du diagnostic et nous verrons, en étudiant le cas relaté dans notre observation, combien parfois les simples données de la clinique sont difficiles à interpréter et toute l'utilité que l'on peut retirer des réactions de laboratoire.

L'orchite tuberculeuse, dans sa forme aiguë, peut être confondue avec toutes les inflammations aiguës du testicule. Nous n'étudierons certes pas toutes ces affections, nous tâcherons simplement de rappeler ici les quelques principes généraux qui doivent suffire pour faire le diagnostic. Parmi les orchites, les unes frappent en premier lieu le testicule; ce sont celles qui ont pour véhicule la circulation sanguine; telles sont les orchites des fièvres graves, des oreillons et même de la tuberculose, si l'on en croit les auteurs allemands (Max Jordan, Baumgarten, etc.). D'autres, au contraire, se propagent par le canal urétral et ont leur siège initial dans l'épididyme. De toutes ces infections, seules celles produites par les fièvres graves et la tuberculose suppurent. Les commémoratifs

suffiront souvent à les différencier. Par contre, la tuberculose aiguë peut réaliser une lésion en tous points comparable à l'orchite blennorragique; rien n'y manquera, pas même la suppuration urétrale. Souvent pourtant, au cours de l'orchite tuberculeuse, l'état général sera en général moins atteint, la douleur cessera plus brusquement, mais dans bien des cas le diagnostic sera fort difficile. Le laboratoire et l'évolution ultérieure de la maladie pourront seuls enlever les doutes.

Dans la forme chronique, lorsque l'épididyme est seul atteint, au moins cliniquement, la tuberculose peut être confondue avec un noyau induré, reliquat d'une inflammation aiguë, et l'épididymite syphilitique secondaire de Dron. Mais dans ces cas le noyau induré n'a plus les limites précises du nodule tuberculeux, il se continue insensiblement avec les tissus avoisinants; sa consistance est plus souple, moins résistante que celle des nodules bacillaires. Enfin, d'après Reclus, « la queue de l'épididyme, en se réfléchissant de bas en haut le long du bord interne du testicule, décrit une anse dont les contours peuvent être suivis nettement; on sent avec la plus grande facilité la dépression qui circonscrit cette anse. Rien de tout cela dans la tuberculose, car les noyaux caséeux englobent au milieu de leur masse compacte les flexuosités de la queue de l'épididyme. » Enfin, l'examen de la prostate, restée saine, et la marche de ces nodules qui ne suppurent jamais permettent d'affirmer qu'il ne s'agit point de tuberculose.

Mais c'est surtout lorsque l'épididyme et le testicule sont simultanément envahis que le diagnostic devient difficile. Dans ce cas, en effet, leur masse confondue et plus ou moins volumineuse se présente comme une véritable tumeur scrotale. Les kystes du cordon, l'hydrocèle, la syphilis tertiaire du testicule, les tumeurs testiculaires pourront prêter à confusion.

Hydrocèle et kystes du cordon seront facilement éliminés, à cause de leur symptomatologie si nette (forme, consistance, translucidité). Mais encore, y aura-t-il lieu, en présence d'hydrocèle, de se demander si on n'a pas affaire à une hydrocèle symptomatique d'une tuberculose. L'examen du testicule et de l'épididyme, après évacuation du liquide d'hydrocèle, ou l'étude de la coagulation chloroformique de ce liquide, selon la méthode de MM. Lisbonne et Lapeyre, permettront d'éclaircir ce point.

L'hématocèle se distingue par sa consistance qui, rénitente dans les hydro-hématocèles, devient d'une dureté ligneuse dans les vraies hématocèles. Le testicule est difficilement appréciable et l'épididyme généralement introuvable au palper, alors que dans les lésions tuberculeuses il forme habituellement la masse principale de la tumeur.

Le testicule syphilitique, très gros, très lourd, en forme de galet, à surface souvent lisse, mais parfois parsemé de petits nodules comparables à des grains de plomb, d'autres fois blindé de plaques fibreuses, sera difficilement confondu avec la tuberculose; seule la forme hypertrophique pourrait permettre quelques doutes. L'examen des antécédents, une réaction de Bordet-Wassermann, un traitement d'épreuve enlèveront toute difficulté. Lorsque les gommes syphilitiques du testicule, s'étant abcédées, s'ouvriront à l'extérieur, les ulcérations siègeront à la face antérieure des bourses et non en bas et en arrière, comme dans la tuberculose.

Le volume, en général assez important, des néoplasmes du testicule ne permettra guère la confusion qu'avec la tuberculose hyperplasique. Mais le pincement possible de la vaginale et de l'épididyme, l'irrégularité de la masse, l'infiltration et l'augmentation de volume du cordon, la

présence, souvent difficile à déceler, de ganglions lombaires, feront poser le diagnostic de cancer.

Dans tous les cas, le toucher rectal devra être pratiqué; en effet, la présence de lésions sur la prostate et les vésicules séminales viendra souvent confirmer un diagnostic hésitant de tuberculose orchiépididymaire.

Les antécédents héréditaires et personnels devront être étudiés avec soin, l'examen des autres appareils est nécessaire, mais c'est surtout dans la forme inflammatoire de la tuberculose testiculaire que l'on devra fouiller soigneusement le passé du sujet, examiner minutieusement ses divers organes; ici, en effet, la simple fluxion de la glande ne saurait à elle seule mettre sur la voie du diagnostic, et l'on pourrait songer à l'orchite rhumatismale, forme si rare d'ailleurs que certains auteurs mettent en doute son existence. Une lésion bacillaire en évolution sur un autre organe permettra chez ces malades un diagnostic exact.

Il semble donc que seule la forme hyperplasique de la tuberculose orchiépididymaire présente de véritables difficultés de diagnostic, les lésions chroniques étant en général facilement reconnues. Le cas cité dans notre observation, cas appartenant, nous l'avons déjà montré, à la forme lente, fut cependant d'un diagnostic difficile.

Nous allons essayer de montrer ici comment il pourrait donner lieu à de nombreuses hésitations.

Reprenons quelques points caractéristiques de sa symptomatologie. Et d'abord, son volume considérable semble bien, à première vue, devoir faire rejeter le diagnostic de tuberculose. On pensera plus volontiers à l'hydrocèle, à l'hématocèle, à la syphilis testiculaire ou à une tumeur.

L'aspect extérieur de cette masse volumineuse, bilobée, évoluant depuis trois ans sans altération des enveloppes scrotales, n'est pas fait non plus pour éveiller l'idée d'une

lésion bacillaire. La forme de la tumeur aurait pu faire croire à l'existence d'un kyste de la tête de l'épididyme. Mais il suffit de palper le lobe inférieur de la masse pour se convaincre qu'il ne s'agissait pas du testicule, mais bien d'une collection liquide.

Le diagnostic d'hydrocèle essentielle et d'hématocèle fut aussi facilement écarté en tenant surtout compte de la consistance de la masse et de la co-existence de zones translucides à côté de zones opaques.

Mais il restait à éliminer la syphilis ou un néoplasme testiculaire à un stade d'évolution avancé.

Les antécédents du malade ne donnent que peu de renseignements. On note à l'âge de 13 ans un vomissement de sang rouge; quelle en fut la cause? Rien ne permet de l'établir. Le sujet, en effet, présente un état général satisfaisant et, en dehors de sa tumeur scrotale, on ne peut, sur aucun organe, trouver de localisation morbide. Son passé génital est indemne.

Le volume considérable de la tumeur, le lacis veineux sous-cutané, la sensation de noyaux épaissis et rénitents au milieu d'un ensemble mollasse et fluctuant, l'absence de signes du côté de la prostate pouvaient bien faire penser à un néoplasme évoluant depuis longtemps. Cependant l'absence d'adénopathie lombaire, la longue durée de la maladie sans atteinte apparente de l'état général, l'absence d'infiltration du cordon spermatique semblaient peu compatibles avec l'existence d'un cancer datant déjà de trois ans.

On discuta également la possibilité d'une syphilis testiculaire de forme anormale, car il n'y avait ici aucun des signes caractéristiques du syphilôme: pas de déformation en galet du testicule, pas de plaques de blindage de l'albuginée ou de la vaginale. Mais l'absence de tout antécédent

spécifique antérieur, les résultats négatifs des réactions de Wassermann et de Hecht-Bauer firent écarter ce diagnostic.

On se rallia donc à celui de tuberculose en faisant état surtout des lésions du canal déférent. Une réaction de Besredka fut pratiquée et son résultat fortement positif ne laissa aucun doute sur la nature de l'affection .

PRONOSTIC

La question du pronostic ne nous retiendra pas longtemps. Nous savons déjà que chez l'enfant les lésions bacillaires du testicule causent assez rarement la mort du malade. Elles évoluent plus facilement vers la guérison que chez l'adulte. Mais c'est une guérison incomplète, en ce sens que l'organe est fonctionnellement perdu, s'atrophiant progressivement dans la forme scléreuse, ou bien subissant une fonte partielle ou totale dans la forme ulcéro-caséeuse.

Chez l'adulte, le pronostic est, de façon générale, toujours grave. On peut certes voir de légères épididymites bacillaires ne plus évoluer, rester au stade de petits nodules indurés, régressant parfois, bien que très rarement. Mais ce sont des faits exceptionnels, dans la majorité des cas des fistules intarissables se créeront, foyers toujours possibles d'infections surajoutées.

La présence de lésions du testicule vient encore assombrir le pronostic, car elles contre-indiquent tout traitement médical ou toute intervention chirurgicale partielle et nécessitent la castration. De plus, l'existence de ces lésions indique une affection évoluant depuis un temps assez long. Nous savons, en effet, que ce n'est que tardivement que l'atteinte du testicule se manifeste cliniquement. Les foyers morbides sont alors plus vastes, les

organes voisins risquent d'être déjà frappés par le mal et la possibilité d'une généralisation bacillaire est plus à craindre. Il ne sera pas rare de voir alors ces sujets mourir de tuberculose urinaire. Dans les cas rares où le foyer tuberculeux semblera rester localisé, ou même s'être complètement éteint, il sera toujours une menace pour l'avenir des sujets qui en seront porteurs. Sous l'influence du surmenage ou de toute autre cause d'affaiblissement de la résistance de l'organisme, ces foyers pourront se réveiller et évoluer alors localement de façon très rapide ou créer à distance des localisations graves.

TRAITEMENT

Le traitement de l'orchiépididymite bacillaire a donné lieu à de nombreuses discussions, ayant toutes pour but de savoir si l'on devait se contenter d'une thérapeutique purement médicale, d'interventions chirurgicales partielles, ou s'il ne valait pas mieux faire une opération radicale, en l'espèce la castration.

La discussion qui eut lieu en France en 1899, à la Société de chirurgie, semble, malgré les opinions autorisées, de Berger, Reynier, etc., être plutôt favorable aux opérations conservatrices.

En Allemagne, par contre, le Congrès de 1901 donne la préférence à la castration.

Nous n'avons certes pas la prétention de juger l'une ou l'autre de ces opinions, nous voudrions seulement essayer de montrer quel est le traitement qui doit logiquement s'imposer lorsqu'il y a des lésions bacillaires du testicule.

Nous n'insisterons que peu sur le traitement de la tuberculose chez l'enfant. Le traitement médical est ici généralement employé; il suffit souvent, étant donné la tendance habituelle de ces lésions à évoluer vers la guérison. Il est cependant des cas où une suppuration abondante, amenant une cachexie rapide du petit malade, impose pour certains la castration (Félizet et P. Reynier).

Chez l'adulte, la question est beaucoup plus complexe.

Certes, il est des cas dont la thérapeutique s'impose. Un simple noyau induré de l'épididyme à son début ne relève pas du chirurgien. Une lésion fistulisée à suppuration incessante, ou un véritable pyotesticule comme celui qui fait l'objet de notre observation imposent la castration.

Mais lorsque la lésion, sans être arrivée à son stade ultime, évolue depuis un temps plus ou moins long, alors que l'épididyme est déjà fortement lésé et que l'atteinte du testicule, fort difficile à apprécier cliniquement, est de ce fait hypothétique, quelle sera la ligne de conduite a suivre? Que vaudront les différentes méthodes de traitement?

La thérapeutique médicale a pu donner de bons résultats dans des cas peu graves et chez l'enfant surtout, mais chez l'adulte il est bien rare de voir les lésions tuberculeuses regresser ou même se stabiliser. Le plus souvent, elles suivent leur évolution normale et aboutissent à la fistulisation malgré le traitement médical. N'est-il pas d'ailleurs dangereux de laisser ainsi, dans un organisme en somme partiellement débilité, un foyer de tuberculose, foyer que l'on ne peut surveiller de près, dont on ne saura jamais apprécier cliniquement l'étendue ni l'extension? Les exemples apportés par Reynier et Berger lors de la discussion de 1899 semblent bien confirmer cette opinion, si bien qu'actuellement, appliqué avec succès chez l'enfant, ce traitement semble avoir été délaissé pour l'adulte.

Restent les opérations partielles, se proposant d'atteindre les foyers malades, de les détruire ou de les enkyster, soit par des cautérisations, des curettages faits sur les points lésés, soit par des injections modificatrices. Certes, tous les auteurs qui ont employé cette méthode comptent des guérisons indiscutables, mais ne peut-on pas reprocher à ce procédé d'être souvent insuffisant? Peut-

on avoir la prétention de sentir nettement tous les foyers tuberculeux? Sait-on jusqu'où va le mal? en quelle zone précise s'arrête l'infection bacillaire? Si cette méthode compte des succès, nous avons cependant lu de nombreuses observations de malades ainsi traités qui ont conservé des fistules n'ayant aucune tendance à la cicatrisation et dont le seul remède efficace fut la castration.

L'épididymectomie est certes des opérations partielles celle qui a rallié le plus grand nombre de partisans. Il est, en effet, généralement admis que la tuberculose de l'appareil séminal est surtout une épididymite; il est donc de la plus stricte logique de s'attaquer au point malade, et uniquement à lui. Mais ces cas sont-ils les plus fréquents? C'est, nous semble-t-il, poser à nouveau la question de la fréquence des lésions du testicule au cours de l'orchiépididymite bacillaire. Ce point a été déjà étudié au chapitre de l'étiologie; nous n'y insisterons donc pas ici. Nous rappellerons cependant qu'au début la lésion testiculaire, étant profonde, est difficilement reconnue au palper et qu'elle ne modifie en rien le tableau clinique. Nous savons aussi que la marche insidieuse de la maladie laisse longtemps le malade indifférent, tandis que la bacillose s'infiltre de proche en proche, si bien que nous croyons l'atteinte du testicule plus fréquente qu'on ne l'admet généralement.

Toutes ces raisons font que nous considérons l'épididymectomie simple comme une opération incomplète qu'il faudrait toujours faire précéder d'une orchidotomie exploratrice, destinée à nous renseigner sur l'état du testicule. Si la glande est saine, l'épidymectomie sera l'opération de choix. Mais lorsque le testicule est lésé, elle sera manifestement insuffisante. Faudra-t-il alors avoir recours à la castration ou se contenter d'une opération par-

tielle qui enlèvera les points malades de l'organe, comme on enlève d'un fruit les parties gâtées, ainsi que le dit Pierre Delbet, et essayer ensuite de rendre à l'organe sa fonction spermatique par une anastomose déférento-testiculaire?

Pour nous, la castration paraît s'imposer. Une opération partielle peut toujours, malgré les précautions prises, rester incomplète et le sujet court le risque de voir se réveiller, plus ou moins vite, ce foyer morbide. Enfin, nous conservons des doutes sur la valeur physiologique de l'anastomose déférento-testiculaire et nous pensons qu'après cette intervention la perméabilité du canal déférent est très souvent compromise.

Mais, dira-t-on, le testicule n'est pas seulement une glande séminale, c'est également une glande à sécrétion interne, dont on prive l'organisme par la castration. Certes, le rôle des sécrétions internes est primordial dans l'équilibre physiologique de notre organisme, et l'on ne peut le négliger. Mais on sait fort bien qu'il suffit d'une partie seulement du parenchyme glandulaire pour assurer ces sécrétions. La conservation d'une petite partie du pancréas suffit à empêcher la glycosurie. La destruction d'une grande partie du corps thyroïde ne donne pas de cachexie strumiprive. L'ablation d'un testicule, l'autre étant sain, ne modifiera en rien les caractères sexuels de l'individu.

Reste maintenant le facteur psychique. L'opération partielle a l'avantage de laisser au sujet une bourse habitée par un testicule bien mutilé sans doute, un testicule décapité en quelque sorte, mais « testicule moral » (Verneuil), et de ce fait elle sera plus facilement acceptée par le malade, qui croit que l'ablation d'un testicule va le diminuer grandement au point de vue social et génital. Cependant, on arrivera par la persuasion à faire accepter

la castration unilatérale. On fera comprendre à l'intéressé les dangers qu'il court à conserver un organe déjà perdu pour la fonction, dont le mal peut gagner les appareils voisins, qui, dans un temps plus ou moins long, peut se transformer en une masse purulente nuisible à sa santé. On lui expliquera que l'autre testicule, resté sain, lui permettra d'accomplir normalement les rapports sexuels et lui conservera sa fécondité. Or, il est bien rare que devant ces explications le malade ne préfère pas l'opération radicale aux aléas de l'opération conservatrice.

Nous croyons donc que la castration est l'opération de choix, au cours de la tuberculose testiculaire. En effet, au point de vue fonctionnel, elle n'enlève rien de plus que les opérations partielles et elle a en outre sur celles-ci l'avantage de supprimer un foyer morbide dangereux pour l'organisme, alors même qu'il semble éteint. Quénu cite le cas d'un malade qu'il vit mourir à l'hôpital Ténon d'accidents cholériformes dus à l'extension d'une tuberculose fibreuse du testicule à l'arbre urinaire; cette tuberculose remontait à trente ans.

En terminant, disons un mot de l'avenir des opérés.

La statistique de Bruns nous montre que dans 26 p. 100 des cas, après castration unilatérale, l'autre testicule fut également atteint. Mais 46 p. 100 des malades étaient complètement guéris, de 3 à 34 ans, après l'opération.

Ces résultats nous ont paru intéressants à signaler, car s'il est vrai que, de façon générale, la tuberculose orchi-épididymaire devient bilatérale dans la moitié des cas; cette proportion semble diminuer de moitié après l'opération radicale.

Observation

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Tédenat)

Tuberculose orchi-épididymaire

A. M..., âgé de 18 ans, cultivateur à Marsillargues, entre dans le service de chirurgie générale du professeur Tédenat, salle Bouisson, n° 26, le 28 juin 1922. Sans aucun antécédent héréditaire ou personnel à noter, il vient à l'hôpital pour une tuméfaction de la bourse droite, dont le début insidieux remonterait à six semaines environ. Sans qu'aucun écoulement suspect ait eu lieu par l'urètre, sans phase aiguë, la bourse a, peu à peu, augmenté de volume, gênant le malade dans la marche et dans ses travaux. Le repos n'amène aucune amélioration.

Il n'y a rien à noter à l'interrogatoire des divers appareils. L'examen montre une bourse droite volumineuse, comme un gros poing: le scrotum est tendre et la palpation révèle en avant du testicule une lame d'hydrocèle. On parvient cependant assez facilement à sentir l'épididyme, dont le globus major est augmenté de volume, dur et bosselé. Avec un peu d'attention, on peut suivre au doigt le conduit épididymaire, qui apparaît irrégulier jusqu'à son extrémité inférieur et comme bourré de nodules durs.

Le testicule droit est indemne. La prostate est normale. Rien aux poumons. Etat général satisfaisant.

Le diagnostic d'épididymite bacillaire était le plus plausible et, étant donné l'étendue des lésions, on décida une intervention qui fut acceptée par le malade. Sous anesthésie à l'éther goutte à goutte, on pratique une incision comme pour une hernie inguinale et on énuclée le testicule. La vaginale, ouverte d'un coup de pointe de bistouri,

donne issue à du liquide citrin, et ainsi on peut explorer le testicule, difficile à sentir au cours de l'examen clinique. Il est gros et présente des granulations nombreuses, transparaissant sous l'albuginée, avec par endroits des points ramollis par la caséification. La conservation de l'organe semble contre-indiquée et on pratique une castration. Ligature des paquets veineux et ligature haute du déférent, que l'on sectionne au thermocaustère.

Suites bonnes. Le malade sort guéri quinze jours après son opération.

L'examen des pièces montra une caverne purulente occupant toute l'étendue de la tête de l'épididyme et des points caséeux échelonnés jusqu'au globus minor, lui-même augmenté de volume. Le testicule est littéralement bourré de points granuleux et dans la masse parenchymateuse plusieurs noyaux sont en voie de ramollissement et de transformation purulente.

Observation II

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Tédenat)

C. P..., cultivateur, 48 ans, Saint-Rome-du-Tarn (Aveyron), entre dans le service de chirurgie générale, salle Bouisson, le 11 mars 1922. Il se plaint du testicule droit, au niveau duquel on remarque du gonflement et la présence d'une petite grosseur. Le début insidieux remonterait à deux mois environ. Un amaigrissement progressif, de la diminution des forces furent les premiers symptômes. Vers le 15 ou 20 février, l'appétit devient médiocre et vers la même époque le malade commence à ressentir une gêne au niveau des parties. C'est une sensation de tiraillement augmentant sous l'influence du travail et de

la fatigue. Parfois, douleurs violentes, s'irradiant vers la région lombaire, avec sensation de « serrement dans un étau ». Pas d'irradiation dans les membres inférieurs.

Le 1er mars, le malade quitte le travail. Le médecin consulté ordonne l'application d'une pommade. Bientôt, évacuation par la bourse d'un liquide purulent. Application consécutive d'une poudre jaune pour sécher (?).

A part cette histoire clinique, notre sujet présente dans ses *antécdents personnels:* adénite suppurée en 1898. Abcès amygdalien en 1913. Phlegmon de l'avant-bras droit en 1917. Pas de blennorragie.

Dans ses *antécédents héréditaires:* père mort de congestion pulmonaire.

A l'examen: sujet d'état général précaire.

Au niveau du bord postérieur du testicule droit, dont le volume est resté normal, on sent la tête de l'épididyme fortement augmentée de volume (une grosse noisette), dure, de surface irrégulière, bosselée et empiétant sur les deux faces du testicule. La queue de l'épididyme paraît normale.

Rien à la prostate.

Aux poumons, respiration rude à gauche et en arrière. Transmission exagérée des vibrations et de la voix au sommet droit.

Le malade acceptant l'intervention, celle-ci est pratiquée, le 14 mars 1922, sous anesthésie à l'éther goutte à goutte. Par une incision inguinale on énuclée le testicule et on pratique la castration, malgré le peu de lésions que présente le testicule, en raison des meilleurs résultats que peut donner une opération radicale chez un sujet aussi fortement imprégné de bacillose que le paraît notre malade. Le canal déférent est lié aussi haut que possible

et sectionné au thermocautère. Ligature des paquets vasculaires du cordon. Suture.

Suites bonnes ; le malade quitte l'hôpital le 6 avril 1922. L'examen des pièces montre des lésions suppurées de la tête de l'épididyme et quelques granulations jaunes sur le testicule.

CONCLUSIONS

I. — Si l'orchiépididymite tuberculeuse de l'adulte est avant tout cliniquement et anatomiquement une épididymite, très fréquemment pourtant chez les malades qui se présentent au chirurgien le parenchyme testiculaire est le siège de lésions importantes. Dans l'observation exceptionnelle que nous rapportons, elles étaient considérables. Le testicule, distendu par le pus, formait une masse très volumineuse éveillant plutôt l'idée d'un néoplasme ou d'un sarcocèle syphilitique que d'une tuberculose du testicule.

II. — Anatomiquement, les lésions tuberculeuses du testicule peuvent affecter différents types et il est possible de décrire à la tuberculose du testicule une forme aiguë et des formes chroniques : formes ulcéro-caséeuse, massive, hyperplasique, pseudo-néoplasique, inflammatoire.

III. — En dehors des formes aiguës, l'atteinte du testicule par le processus tuberculeux ne modifie nullement au début le tableau clinique de l'épididymite tuberculeuse. Ce n'est que plus tard que la lésions testiculaire s'affirme par des signes indiscutables, variant avec les diverses formes anatomiques.

IV. — L'infection tuberculeuse du testicule, impossible à diagnostiquer à son début, doit toujours être soupçonnée. Lorsque les lésions testiculaires sont devenues considérables, son diagnostic pourra être rendu très difficile à faire avec toutes les tumeurs intra-scrotales. L'aide précieuse du laboratoire ne doit jamais être négligée.

V. — L'existence de lésions testiculaires dans l'orchi-épididymite tuberculeuse de l'adulte commande la castration. C'est en réalité l'opération qui s'imposera le plus souvent en pratique, l'épididymectomie devant rester réservée aux cas, assez rares, étant donné l'heure à laquelle les malades viennent consulter, où le testicule a été démontré absolument indemne, après orchidotomie exploratrice.

BIBLIOGRAPHIE

Asch. — La tuberculose et la tuberculinose du testicule. Contribution à l'étude de l'orchite fibreuse. *Zeitschrift für Urologie,* t. III, 1909.

Baudet. — Deux cas de vaso-vésiculectomie pour tuberculose génitale. *In Bul. et mémoires de la Société de chirurgie,* t. XXXV, n° 37, 9 novembre 1909.

Baumgarten. — *Arch. für Klin. Chir. von Laargenbeck,* 1901, p. 1019, et *Berl. Vock.,* 1905, p. 1381.

Bégouin. — *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux,* 5 avril 1903.

Berger. — Traitement de la tuberculose du testicule. *Bul. et mém. de la Société de chirurgie.* Paris, 1899.

Delage. — Tuberculose du testicule gauche et hématocèle. *Archives générales de médecine.* Paris, 1904.

Delbet. — Epididymite bacillaire. *Journal des praticiens,* n° 5, 29 janvier 1921.

Delbet (Paul). — Tuberculose des testicules; Castration; Guérison; Petite récidive. *Annales des maladies des organes génitaux urinaires,* 1900.

Duplay. — De la tuberculisation galopante du testicule. *Union médicale,* Paris, 1860.

Esmonet. — Contribution à l'étude du testicule dans quelques infections. Thèse de Paris, 1903.

Félizet. — Traitement de la tuberculose du testicule. *Bul. et mém. de la Société de chirurgie,* 1899.

Frigaux (M.-L.). — *Société anatomique,* décembre 1911, p. 716.

Goodman. — Tuberculose du testicule. *Medical Record,* New-York, 24 janvier 1914.

Gorse. — Orchiépididymite tuberculeuse à forme aiguë. *Echo médical du Nord,* 25 février 1912.

Hutinel et Deschamps. — Etude sur la tuberculose du testicule chez les enfants. *Archives générales de médecine,* 1891.

Javelly. — Contribution à l'étude de la tuberculose galopante du testicule. Thèse de Bordeaux, 1904.

Jeanbrau. — Epididymite tuberculeuse à marche rapide avec vaginalite purulente. *Nouveau Montpellier médical,* 1900.

Le Clere. — Tuberculose testiculaire; Quelques réflexions anatomo-cliniques. *La Clinique,* 19 novembre 1909.

Lapeyre et Lisbonne. — Coagulation chloroformique des liquides d'hydrocèle. *Société des sciences médicales de Montpellier,* 14 novembre 1919.

Maizard. — *Société anatomique,* juin 1900, p. 615.

Pauchet (Amiens). — *Bul. et mém. de la Société de chirurgie,* 15 juin 1909, p. 715.

Pedeasen. — *New-York Journal,* 2 mai 1914, p. 870-873.

Poncet et Leriche. — La tuberculose inflammatoire, 1912.

Pylinski. — Contributions expérimentale à l'étude de la tuberculose testiculaire. *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie,* juillet 1911.

Reclus. — Thèse de Paris, 1876.

Reynier. — Traitement de la tuberculose du testicule. *Bul. et mém. de la Société de chirurgie,* 1899.

Routier. — *Id.*

Samuel (A.). — Le testicule dans la tuberculose de l'épididyme. *Wiener Klinische Rundschau,* 12 novembre 1911.

Sanborn. — Tuberculose du testicule. *Association urologique américaine,* Boston, 8 mars 1910.

Terrillon. — Castration hâtive pour tuberculose du testicule. *Bul. et mém. de la Société de chirurgie,* 1891.

Tuffier. — Traitement de la tuberculose du testicule. *Bul. et mém. de la Société de chirurgie,* 1899.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

En ma qualité de Censeur de tour. j'ai lu la thèse ayant pour titre: *Contribution à l'étude des Lésions du Testicule dans l'Orchi-Epididymite Tuberculeuse.*

Par M. Gaston Albaret.

Je pense que la Faculté peut en permettre l'impression.

Montpellier, le 4 janvier 1923.

Le Professeur,

ESTOR.

Vu :

Montpellier, le 3 janvier 1923.

Le Doyen,

DERRIEN.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 3 janvier 1923.

Le Recteur,

Jules COULET.